

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 17

ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

LA TUBERCULOSE RÉNALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 25 AVRIL 1893

PAR

Joseph GIRAL

Né à Fontès (Hérault)

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1889)

EX-AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O.*.*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. SERRE, agrégé.
TRUC, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES BELLES-SŒURS

J. GIRAL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

Professeur agrégé chargé du Cours de clinique des maladies des enfants.

J. GIRAL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

Médecin-major de l'armée

J. GIRAL.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

MEIS ET AMICIS

J. GIRAL.

INTRODUCTION

Jusqu'à ces derniers temps, le traitement de la tuberculose rénale semblait être resté exclusivement du domaine de la médecine.

Depuis les travaux de Bayle au début de ce siècle, depuis les constatations anatomo-pathologiques de Reyer sur la forme primitive, peu d'auteurs s'étaient occupés de la question.

En 1869, G. Simon fit à Heidelberg la première néphrectomie; cette opération donna l'essor à la chirurgie rénale, et la question de l'intervention du chirurgien dans la tuberculose du rein est aujourd'hui à peu près résolue.

C'est ainsi que les expériences de Guyon et de l'école de Necker sur l'évolution clinique et la symptomatologie de l'affection; les travaux de Durand-Fardel sur la localisation primitive du bacille dans le rein; les expériences d'Albaran sur la tuberculose secondaire, sont venues justifier l'intervention de G. Simon et encourager le chirurgien à marcher sur ses traces.

C'est après une intervention pleinement couronnée de succès, que M. le professeur Forgue nous a encouragé à entreprendre ce travail; s'il a quelque valeur, le mérite en revient à notre bien cher maître. Nous lui garderons toujours la plus vive reconnaissance pour sa bonté à notre égard, et son affabilité qui a toujours été et reste sans égale.

Nous sommes heureux autant que fier de l'avoir pour président de notre thèse.

Nous avons eu l'honneur d'être successivement l'externe de MM. les professeurs Dubrueil, Truc et Baumel. Nous nous sommes particulièrement attaché à ce dernier, à cause du bon enseignement que nous avons recueilli dans son service pendant nos douze mois d'adjuvat de clinique. Nous ne pouvions espérer maître plus habile et d'un exemple meilleur à suivre. Toute notre vie nous nous souviendrons de ce qu'il a fait pour nous, et nous lui en témoignerons notre reconnaissance en suivant toujours ses stricts principes.

Nous remercions, enfin, tous ceux qui, dans les hôpitaux ou à la Faculté, ont contribué à notre instruction médicale et chirurgicale : MM. Tédénat, Grasset, Carrieu, Granel, Estor, Serre, Rauzier et Ducamp.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Puech des bontés qu'il a eues pour nous pendant notre court séjour à la clinique obstétricale.

Notre étude, comme le titre l'indique, se divise en deux parties principales : 1° l'anatomie pathologique ; 2° le traitement chirurgical, auxquelles nous avons cru bon d'ajouter un chapitre sur les indications thérapeutiques et les résultats opératoires obtenus.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir citer aucune observation personnelle, mais la néphrotomie et la néphrectomie n'étant pas des opérations très fréquentes dans les hôpitaux de Montpellier, nous n'avons pu en relater qu'un seul cas dont tous les détails nous ont été obligeamment fournis par M. le professeur Forgue.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE
LA TUBERCULOSE
RÉNALE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

• Au point de vue anatomo-pathologique, la tuberculose rénale se présente sous deux formes principales : la granulation miliaire et l'infiltration tuberculeuse du rein. La première forme, qui est surtout du ressort de la médecine, ne se rencontre que dans le cours d'une tuberculose généralisée.

L'infiltration tuberculeuse est la seule qui tombe sous le coup de la chirurgie ; et, n'ayant en vue que les tuberculoses rénales qui peuvent bénéficier de l'intervention chirurgicale, nous étudierons principalement la forme caséuse ou caverneuse, celle que l'on rencontre généralement au cours de l'opération, n'indiquant de la forme de début que les choses essentielles.

Les cavernes sont toujours multiples : tantôt il y en a 3 ou 4 seulement, plus souvent davantage. Elles peuvent avoir envahi tout le rein, ordinairement sa partie inférieure est la plus fortement atteinte ou même la seule. Le volume de ces cavernes est très variable, et sur une même pièce on en rencontre ordinairement de toute dimension : les unes sont comme un pois, d'autres comme un œuf ; quant à la forme, elle est trop irrégulière pour qu'on puisse la décrire. Au début, la caverne est, en général, isolée dans le parenchyme rénal, séparée des autres foyers par une zone de tissu qui semble à peu près sain. Plus tard, quand elle s'est accrue, elle s'ouvre presque toujours dans le bassinnet, par un orifice plus ou moins large. Si, à ce moment, les cavernes sont nombreuses, elles peuvent former une série de cavités qui s'irradient plus ou moins régulièrement du bassinnet vers la surface externe du rein, et faire penser au premier abord à une dilatation du bassinnet et des calices, à une pyonéphrose. Un examen plus attentif fait reconnaître d'importantes différences. Dans la rétention rénale même septique, la tumeur est formée surtout par le bassinnet dilaté ; les calices, eux aussi dilatés, forment des cavités toutes égales entre elles, ou à peu près, cavités à peu près régulières, séparées par des cloisons semblables les unes aux autres et arrivant toutes à une même distance de la surface du rein ; il n'y a pas de foyers isolés dans le parenchyme. Dans la tuberculose, au contraire, le bassinnet n'est pas dilaté ou l'est à peine, à part de rares exceptions ; les cavités qui y aboutissent sont très anfractueuses, très irrégulières comme forme et dimension, leurs parois sont déchiquetées et d'épaisseur variable, elles présentent entre elles des cloisons souvent incomplètes ; certaines cavernes arrivent presque jusqu'à la surface externe du rein, ou y arrivent même au point de pouvoir s'ouvrir au dehors, tandis que d'autres en restent éloignées. Enfin, et surtout, aussi avancées et éten-

dues que soient les lésions, il est rare qu'on ne rencontre pas une portion du rein beaucoup moins détruite, ne présentant que de petites cavernes encore isolées, ou même simplement des foyers non ramollis. La constatation de ces abcès intra parenchymateux est très importante au point de vue du diagnostic macroscopique de la tuberculose du rein. Bardenheuer aurait rencontré un rein farci d'abcès isolés du parenchyme, et qu'il a regardé comme non tuberculeux et dénommé néphrite aiguë interstitielle; il n'y avait aucune lésion soit des calices, soit du bassin; nous ne pouvons que signaler ce fait.

Les gommages du rein ramollies seraient les lésions qui se rapprocheraient le plus des cavernes tuberculeuses, mais on sait combien elles sont rares.

Au dernier stade d'évolution de la tuberculose rénale, ces cavernes multiples peuvent avoir disparu; progressivement elles se sont accrues par l'envahissement et la fonte caséuse de leurs cloisons et se sont réunies; le rein peut ne plus former qu'une vaste poche, à paroi plus ou moins épaisse selon les points, à surface interne hérissée de débris de cloisons.

La paroi interne des cavernes rénales présente, en général, un aspect grisâtre; elle peut être recouverte de concrétions calcaires dans les cas très anciens; plus souvent elle est hérissée de débris caséux plus ou moins adhérents. Débarrassée de ces débris, elle paraît chagrinée, irrégulière, souvent fongueuse; il est rare qu'on y puisse reconnaître des granulations tuberculeuses.

Le contenu de ces poches est variable. Dans quelques cas on rencontre un pus épais, visqueux, ne coulant pas facilement, presque phlegmoneux, et dans lequel on ne trouve que quelques rares débris caséux. Plus souvent il a les caractères plus nets des suppurations tuberculeuses, et on trouve tantôt des grumeaux caséux nageant dans une assez forte quantité

de liquide séreux, louche, plus ou moins mêlé d'urine, tantôt un magma épais, caséeux, ressemblant à du fromage ou du mastic, et qu'on ne peut retirer qu'avec la curette, par le grattage; la présence de ces débris caséeux a une importance considérable pour le diagnostic de la nature de la lésion.

Dans quelques cas, on trouve dans les cavernes un ou plusieurs calculs secondaires, calculs phosphatiques ou de carbonate de chaux. D'autres fois enfin, on y trouve des amas de cholestérine.

Le pus peut avoir une odeur d'urine; d'autres fois, même sans communication de ces poches avec l'intestin, il a une odeur franchement fécaloïde.

Le bacille de Koch n'y est que très rarement retrouvé; on ne peut espérer le rencontrer qu'aux premiers stades de la lésion.

L'examen bactériologique ne montre plus tard que des micro-organismes variés: diplocoques, coques, bactérie pyogène, streptocoque.

Le bacille de Koch ne se rencontre guère plus souvent dans les coupes du rein, que dans le contenu des cavernes, au moins à la période chirurgicale de la tuberculose rénale. Ce qui, d'après M. Hallé, très compétent dans la matière, permet alors d'assurer le diagnostic, est, dans bien des cas, la cellule géante. Elle-même ne se trouve pas toujours, on ne la rencontre souvent qu'après avoir examiné un certain nombre de coupes.

Les cellules géantes ne sont donc pas très nombreuses; mais la constatation d'une seule d'entre elles suffit, d'après Hallé, pour affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion suppurée du rein. Cette cellule géante est loin de se présenter toujours avec ses caractères ordinaires; son centre est fréquemment vitro-caséeux et la zone des cellules épithélioïdes manque le plus souvent. Ce qui reste de parenchyme rénal,

entre les foyers tuberculeux, n'est pas normal ; on y trouve des lésions de néphrite diffuse plus ou moins prononcée, infiltration embryonnaire autour des tubes urinifères et des vaisseaux, et, plus tard, sclérose péri-tubulaire et péri-vasculaire. Les tubes urinifères sont étouffés par le tissu fibreux, privés de leur épithélium, remplis d'une masse colloïde.

Indépendamment de ces deux formes de tuberculose rénale, Tuffier décrit encore l'hydronéphrose tuberculeuse et la tuberculose massive du rein, qui toutes deux sont sous la dépendance d'une urétérite tuberculeuse oblitérante.

Les faits d'hydronéphrose sont très rares, on en trouve cependant quelques observations (observation IV).

Quant à la tuberculose massive du rein, elle est constituée par la dégénérescence totale de la glande, qui est transformée en un bloc de mastic uniformément dense et entourée d'une mince capsule fibreuse. La nature tuberculeuse de la lésion ne peut être révélée que par l'examen bactériologique.

La tuberculose rénale peut être primitive ou secondaire.

Dans la tuberculose primitive le rein est pris le premier et ses lésions s'étendent de là aux autres organes urinaires, tandis que dans la tuberculose secondaire le rein est pris consécutivement aux autres organes. Dans ce dernier cas, le malade est généralement affaibli, les deux reins sont souvent pris, en sorte que le chirurgien ne peut pas intervenir d'une façon efficace. Tandis que dans la tuberculose rénale primitive, à la condition qu'un seul rein soit malade, on peut arriver à enrayer la marche de l'affection, soit par une nephrotomie, soit par une néphrectomie, et de la sorte rendre le malade à la santé.

CHAPITRE II

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Avant d'entrer dans la discussion des divers procédés opératoires, il est bon d'établir bien nettement à quel moment de la maladie on doit intervenir, et une petite digression sur le diagnostic ne nous semble pas déplacée ici.

Le diagnostic de la tuberculose rénale au début est toujours très difficile. Chez beaucoup de malades, cette période n'est caractérisée que par des douleurs lombaires vagues, et de légères hématuries. Le bacille de Koch, trouvé dans les urines, peut seul permettre d'affirmer l'existence d'une tuberculose des voies urinaires.

L'hématurie elle-même n'est pas un signe de diagnostic.

En présence d'un rein qui saigne, on ne peut pas affirmer que l'on a affaire à un rein tuberculeux ; ce peut très bien être un calcul ou un néoplasme qui a déterminé l'hémorragie.

Il est donc à peu près impossible d'opérer un rein tuberculeux au début, à cause de l'insuffisance du diagnostic.

Plus tard, quand le rein a augmenté de volume, quand l'urine est franchement mélangée avec le pus, quand la vessie est atteinte, la difficulté n'est plus dans le diagnostic de tuberculose rénale, surtout si l'on trouve des bacilles ; mais il importe alors de limiter exactement les lésions, et de reconnaître surtout si le second rein est en bon état.

Supposons que le diagnostic de tuberculose rénale est nettement établi, et que l'on est sûr, autant qu'on peut l'être, que le second rein n'est pas atteint ; doit-on opérer ?

Ici l'on doit établir deux catégories : ou bien il y a rétention, ou bien il n'y a pas rétention du pus.

S'il n'y a pas rétention, le traitement médical devra suffire ; il faudra simplement maintenir l'évacuation urétérale, et modifier ou antiseptiser les urines.

Mais s'il y a rétention, ou plutôt résorption du pus, il faut intervenir.

Une pyélite avec distension peut n'être pas justiciable d'une intervention chirurgicale ; la poche se vide par intermittences ; l'état général reste bon, l'apyrexie est absolue ; de temps en temps seulement des poussées de congestion rénale ou des crises de rétention accidentent la scène. Il y a donc des pyonéphroses compatibles avec une demi-santé ; mais tôt ou tard un bouchon de mucus, voire même un gravier, obture l'uretère ; l'examen des parois indurées empêche la poche de se vider ; la tumeur purulente grossit et s'endolorit ; de la fièvre, des troubles digestifs, de la diarrhée, de l'amaigrissement, une pâleur blafarde et terreuse révèlent la septicémie rénale ; la surface avivée et dépouillée du bassinnet résorbe incessamment du pus mélangé à l'urine ammoniacale. C'est le moment propice pour l'intervention.

Voyons maintenant quels sont les divers procédés opératoires.

La néphrotomie, dit-on, doit être la méthode de choix.

C'est vrai ; seulement, en présence d'un rein franchement tuberculeux, si on se contente d'une simple néphrotomie, le malade pourra être soulagé momentanément, mais la guérison sera rarement complète.

Pour nous, nous pensons qu'en présence d'un rein qui suppure, et dont le produit de la suppuration est résorbé par le

malade, on doit franchement pratiquer la néphrotomie, tout en étant prêt à pratiquer une néphrectomie secondaire précoce, dans le cas où, pendant l'opération, on constaterait l'étendue des lésions et l'intégrité du rein opposé.

Quelle doit donc être la technique opératoire?

Ici, nous suivrons en tous points les procédés de notre maître M. le professeur Forgue, qui s'exprime ainsi dans son *Traité de thérapeutique chirurgicale*: « Le rein est accessible par deux voies : celle qui l'aborde par derrière et demeure extra-péritonéale, et celle qui ouvre délibérément en avant la séreuse abdominale et mérite le nom de trans-péritonéale. »

En dépit de l'antisepsie, et toutes conditions étant égales d'ailleurs, les deux méthodes ne s'équivalent point comme gravité. Il n'est pas indifférent, surtout quand il y a du pus dans le rein, d'ouvrir la séreuse, d'autant qu'il faut passer au travers de ses deux feuillets superficiel et profond ; c'est un supplément de risques que de s'exposer aux manipulations intestinales et d'accroître le choc opératoire. La méthode transpéritonéale surajoute, en somme, à l'intervention, une laparatomie préalable ; à défaut de chiffres, le raisonnement suffirait à indiquer envers et contre Langenbuch, Martin, Knowsley-Thornton, Lawson-Tait, que ce n'est point là un facteur de gravité négligeable. Or les statistiques le confirment nettement : pour la néphrectomie trans-péritonéale, les moyennes à peu près concordantes de Gross et Brodeur indiquent une mortalité de 50 pour 100, contre un coefficient de 37 pour 100 pour les néphrectomies extra-péritonéales.

Pour atteindre le rein dans sa loge rétro-péritonéale et rester hors de la séreuse, le chirurgien ouvre l'espace costiliaque dans la région lombaire, ou exceptionnellement dans le flanc.

La zone des bonnes incisions de la méthode extra-péritonéale commence en arrière, au bord externe de la masse sacro-lombaire, ou, plus exactement, à quelque distance de ce bord, à 8 centimètres en moyenne de la ligne épineuse; on évite ainsi d'ouvrir la loge de la masse lombo-sacrée, et on longe le bord extrême du carré des lombes au lieu de passer à travers. En avant, cette zone paraît avoir pour limite pratique le prolongement de la ligne axillaire; ce n'est pas qu'on n'ait voulu reporter plus antérieurement cette limite: Thornton, qui incise la paroi en dehors de la ligne semi-lunaire; Trélat, qui l'ouvre à une faible distance du bord externe du grand droit, se sont proposé d'aborder le rein sous le péritoine pariétal décollé.

Plus on s'éloigne du bord externe de la masse sacro-lombaire, dit Le Dentu, plus l'intervalle entre la douzième côte et la crête iliaque diminue, puisque la côte se dirige en bas et que la crête est convexe en haut. Donc la voie lombaire est étroite et les incisions verticales y manquent d'entre-bâillement: cette voie nécessite toujours la ponction du rein, pour en réduire le volume avant d'essayer l'extirpation. De plus, on a le désavantage de passer au travers de la plus forte épaisseur de la paroi, de manœuvrer dans une boutonnière profonde, sans souplesse et saignant par de nombreux vaisseaux.

On peut pourtant donner du jour à ces incisions verticales postérieures, en prolongeant, comme le fait Péan, la section des parties molles à quelques centimètres sur le rebord costal, en haut et au-dessous de la crête iliaque en bas; ou bien en réséquant la douzième côte dans ses deux tiers postérieurs.

Mais, dit Le Dentu, il faut renoncer à ce dernier complément opératoire, à cause des anomalies de longueur des deux dernières côtes, et des rapports variables des insertions diaphragmatiques et du cul-de-sac pleural.

Au contraire, la résection du quart antérieur des deux dernières côtes, combinée à une incision verticale dans le flanc, peut donner un jour opératoire assez large. C'est là une pratique suivie par Bardenheuer.

Toutefois, lorsque l'on veut faire la néphrectomie, si l'on veut avoir la pleine aisance des manœuvres, il faut, aux incisions verticales simples des lombes ou du flanc, préférer des tracés obliques, curvilignes ou combinés, qui les ouvrent en écharpe du sacro-lombaire vers l'épine iliaque antérieure (observations V, VI, VII, VIII, IX, X).

La pratique de Le Dentu nous paraît recommandable: « Je fais, dit-il, une petite incision verticale, en dehors de la masse sacro-lombaire, à partir de la douzième côte, n'intéressant guère que la peau et les couches sous-cutanées. De l'extrémité inférieure de cette incision, arrêtée à 3 ou 4 centimètres au-dessous de la côte, j'en fais partir une autre qui s'avance parallèlement à celle-ci, à la distance nécessaire pour que le dégagement de la tumeur rénale soit facilement exécutable. Cette incision antérieure comprend la couche musculaire dans toute son épaisseur. Seule, elle peut suffire dans bien des cas. »

Lorsque le rein est simplement douloureux, ou saigne et fait du pus, s'il n'a pas subi un accroissement considérable de volume, et s'il n'est pas déplacé, on l'attaquera par les lombes ou la partie postérieure du flanc. Mais, si la tumeur rénale présente un développement abdominal manifeste, si elle est très abaissée sous la fosse iliaque, le chirurgien choisira de préférence la voie trans-péritonéale.

Quel que soit le mode d'incision adopté, on s'enfonce couche par couche, d'un bout à l'autre de la plaie, forcipressant les points saignants.

Si on adopte l'incision lombaire verticale, on se tiendra, à la façon de Burns, sur le bord externe du carré des lombes,

c'est-à-dire à 8 centimètres en moyenne de la ligne épineuse. On coupe l'aponévrose lombo-sacrée et les fibres inférieures du grand dorsal, en laissant en dedans le bord externe de la masse sacro-lombaire. Le bord externe du carré des lombes est récliné en dedans par un large écarteur, et on peut détacher, dans une étendue de 1 à 2 centimètres, ses insertions à la crête iliaque. Lorsqu'on arrive à l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein, on doit prendre garde au cul-de-sac pleural qui, au niveau de l'hiatus costo-lombaire du diaphragme, n'est séparé du tissu cellulo-adipeux de la loge rénale que par une mince toile fibreuse descendant de la face concave du diaphragme sur le carré des lombes.

Dans les incisions obliques du flanc, dans les incisions antéro-latérales, il n'y a qu'à couper les plans musculaires, parallèlement, en pleine longueur de plaie. Dans ce cas, il est souvent préférable de se servir des ciseaux.

Arrivé sur le fascia transversalis, ou le tissu cellulaire sous-péritonéal suivant la région, le procédé opératoire change suivant que l'on doit opérer en dehors du péritoine ou bien le traverser de part en part. Dans le premier cas, avec le bout de l'index porté de bas en haut et d'avant en arrière, on décolle peu à peu le péritoine, coupant à mesure le fascia transversalis ou déchirant le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans la partie reculée de la plaie; quand les doigts, travaillant lentement et explorant en même temps, sont dans la loge rétro-péritonéale, on confie à un aide armé d'un écarteur le soin d'éloigner le péritoine en haut et en dedans.

Dans le second cas, le feuillet pariétal du péritoine est incisé et étreint de chaque côté par trois ou quatre pinces à forcipressure. Si la masse intestinale tend à s'échapper, des compresses aseptiques la maintiendront et l'écarteront. Le rein et le côlon, le plus souvent refoulé par la tumeur, apparaissent, on passe à côté de ce dernier, pour fuir les arca-

des coliques. On pince le feuillet profond du péritoine, soulevé par la tumeur, fréquemment couvert de ramifications vasculaires ; on l'ouvre en dédolant ; on prolonge son incision parallèlement à celle du feuillet antérieur, et, à son tour, on la saisit sur chaque bord par quelques pinces hémostatiques.

Ce détail du manuel a des avantages considérables ; grâce à ces pinces, l'aide peut tendre et amener les deux lames de la séreuse vers la plaie extérieure, si bien qu'en somme les manœuvres demeurent extra-péritonéales, et que, en cas de rupture, l'inondation de la séreuse est en grande partie prévenue. Si à la fin de l'opération on veut, à la manière de Terrier, coudre à la plaie les deux lèvres de l'incision postérieure de la séreuse et exclure du péritoine la loge rénale, les pinces faciliteront cette suture. Elles serviront, après une néphrotomie transpéritonéale, à coudre, ainsi que l'a fait avec succès M. le professeur Forgue, les parois de la poche à l'incision abdominale.

NÉPHROTOMIE

Lorsque, après l'une ou l'autre incision, on arrive sur la surface du rein, on trouve une tumeur volumineuse, bombant d'elle-même. Voici, d'après M. le professeur Forgue, comment il convient de l'aborder :

« On ponctionne avec le gros trocart aspirateur qui sert dans l'ovariotomie ; la tumeur se vide alors presque totalement de son contenu. On introduit, par le trou du trocart, deux longues pinces courbes qui forcipressent la paroi : le thermocautère chemine entre elles, ouvrant la coque mince, sclérosée, peu saignante. Toutefois, si l'incision est trop rapprochée du hile, on s'expose à couper des branches artérielles rayonnantes, grosses comme une radiale ; ce n'est pas un péril sérieux, et l'on s'en tire, comme dans l'observation XX,

par le séjour à demeure, pendant vingt-quatre heures, d'une pince à forcipressure. Après avoir ouvert la collection purulente, pendant qu'un aide soutient le rein en tirant légèrement sur les fils suspenseurs, le doigt va explorer la cavité : il y rencontre ordinairement, de différents côtés, des cloisons plus ou moins épaisses. Si ces brides sont peu épaisses, on cherchera à les déchirer avec le doigt ou, si l'on peut, à les sectionner avec des ciseaux. Si elles semblent plus épaisses, si on craint une hémorragie, on peut passer à travers elles, à l'exemple de Guyon, une aiguille mousse recourbée, munie d'un fil élastique que l'on serre et abandonne dans le rein. Cette ligature élastique sectionne la cloison en quelques jours et tombe seule.

Il faut détruire toutes les cloisons jusqu'à ce que le doigt ne sente plus qu'une cavité unique, presque régulière, autant que possible largement ouverte dans le bassin, au fond duquel, parfois, on pourra voir l'ouverture de l'incision. C'est alors qu'on fixe le rein à la paroi.

On passe une aiguille de Reverdin à travers les feuillets profonds de la paroi lombaire et la capsule du rein ; on y enfile un des fils suspenseurs et on serre modérément pour ne pas couper le rein. Si l'incision est un peu longue, on passe de nouveaux fils pour fixer à la plaie pariétale, sur toute leur longueur, les lèvres de l'ouverture rénale.

Le rein fixé, la cavité peut être lavée avec une solution de sublimé étendu à 1/5000. Guyon termine l'opération en frottant plus ou moins fortement la paroi de la cavité avec un tampon de gaze iodoformée monté sur une pince longue.

Alors on place aussi profondément que possible, dans le bassin, si l'on peut, deux gros drains, qui sont fixés aux lèvres de l'incision cutanée par deux crins de Florence. Le reste de la cavité est bourré de gaze iodoformée. »

Si l'on s'en tient à la néphrotomie, telle que nous venons

de la décrire, on peut amener un grand soulagement dans l'état du malade, mais ce soulagement ne sera que passager, et, si le malade ne succombe pas dans quelques jours, on sera presque toujours obligé d'en arriver à une néphrectomie; mais cette seconde opération, pratiquée à quelques jours de distance de la première, serait des plus graves; aussi, lorsque au cours de la néphrotomie on constate des lésions trop avancées, on préfère enlever immédiatement le rein, en faisant ce qu'on appelle une néphrectomie secondaire précoce.

NÉPHRECTOMIE

La néphrectomie, dit M. le professeur Fergue, suppose comme condition première de succès l'état de santé du rein opposé. C'est son fonctionnement « vicariant » et son hypertrophie compensatrice qui, après une courte période d'oligurie et d'élimination excrémentitielle ralentie, sauveront la situation et assureront une filtration suffisante. S'il est malade lui-même, on court à un désastre. Il ne parvenait qu'à grand peine à maintenir l'épuration urinaire, grâce à la collaboration de ce qui restait de parenchyme filtrant à son congénère; ce rein, même creusé de cavernes tuberculeuses, était cependant un renfort indispensable; on le supprime, et, du coup, cet équilibre fonctionnel très instable est rompu. Les urinaires ressemblent aux cardiaques en instance d'asystolie; la compensation est fragile et reste à la merci de la moindre perturbation; l'insuffisance rénale est toujours menaçante.

De là, deux préceptes: préférer la néphrotomie à la néphrectomie, chaque fois que l'incision rénale simple peut devenir une intervention curatrice; étudier soigneusement, avant une néphrectomie, l'état du rein congénère.

Pour s'assurer de l'état de ce second rein, on pince l'em-

bouchure urétérale opposée, de façon à ne laisser arriver dans la vessie que l'urine du rein à examiner, ou bien on fait le cathétérisme direct de cet uretère. Mais la compression de l'uretère, malgré la pince de Tuchman, son cathétérisme, malgré la sonde de Pawlick, restent très difficilement applicables chez la femme, impraticables chez l'homme, inconstants en tous cas. Le clinicien doit s'inspirer d'autres renseignements.

Si, dans le cours d'une pyonéphrose, le clinicien constate, entre les mictions troubles et purulentes, un intermède de miction claire et limpide ; si cela coïncide avec une augmentation de volume du rein malade, un redoublement de douleurs et de fièvre, jusqu'à rétablissement des urines purulentes, c'est qu'un caillot ou un bouchon muqueux, obstruant l'uretère mieux que la pince de Tuchman, aura supprimé la sécrétion du rein suppurant, et l'urine limpide viendra de l'autre rein, ce qui indiquera qu'il est sain.

La palpation du rein ne donne pas de bien grands résultats ; si on le trouve gros, c'est tout aussi bien une tuméfaction inflammatoire qu'une hypertrophie compensatrice.

Or c'est sur cette hypertrophie compensatrice que l'on compte pour rétablir l'équilibre physiologique, après une néphrectomie. Les expériences de Tuffier, l'ont bien établi. Elle débute immédiatement après la néphrectomie ; au bout de quarante-huit heures elle est déjà très notable. Elle progresse en général de 1 gramme par jour sur un rein pesant de 30 à 40 grammes.

Il y a encore, dans le dosage des principes extractifs, de l'urée surtout, un moyen d'enquête pré-opératoire que le chirurgien ne doit pas négliger : l'urée est comme la « substance témoin » qui mesure l'activité sécrétoire ; si son élimination est inférieure à la normale, il faut redouter une insuffisance rénale latente et considérer cet abaissement marqué et con-

stant comme une contre-indication opératoire formelle. Tant que son excrétion se maintient à un bon taux, c'est un indice que le rein congénère travaille et fait une suffisante suppléance. Donc après s'être assuré, par un des procédés que nous venons d'énumérer, que le rein opposé est sain, on se décide à faire la néphrectomie.

L'énucléation du rein de sa capsule cellulo-graisseuse peut être très facile, ou rencontrer de sérieuses difficultés. Cette couche celluleuse forme chez le vivant une sorte de masse fluide, dans laquelle le doigt se perd, qui fuit sous la pression sans se laisser dissocier et qui présente une mobilité désespérante.

« Nous avons vu, dit Tuffier, maints opérateurs habiles, mettre un quart d'heure à déchirer cette graisse et à dénuder la glande. Cette couche est surtout vulnérable à son insertion sur la capsule propre du rein ; c'est là qu'il faut l'attaquer, et si l'on a soin de commencer la dénudation par la partie antérieure de l'organe, partie presque dépourvue de graisse, ce temps opératoire devient plus facile. »

L'hémorragie est alors médiocre : on finit par la décortication des deux extrémités de la loge rénale.

En haut, les rapports de l'atmosphère adipeuse avec le cul-de-sac pleural présentent un grand intérêt opératoire : la décortication doit être menée prudemment. Cette capsule cellulo-graisseuse a des propriétés d'absorption très considérables : c'est une raison pour redoubler de soins antiseptiques à son égard et ne manier qu'avec mesure les antiseptiques absorbables et toniques, l'iodoforme et le sublimé.

Mais en général, lorsqu'on enlève un rein tuberculeux qui suppure depuis longtemps, on trouve des adhérences solides, difficiles à rompre. On peut alors recourir à la décortication sous-capsulaire d'Ollier.

On laisse en place tout ce qui adhère très fortement ; on

gratte et l'on enlève avec les doigts tout ce qui se laisse détacher sans trop d'efforts ; les ilots de coque rénale restent adhérents ; si le parenchyme est friable, fongueux, vasculaire, des hémorragies en nappe, fort inquiétantes, peuvent se déclarer. Elles nécessitent, suivant l'urgence, ou la forci-
pression en masse du pédicule ou le simple tamponnement de la poche.

Le rein est décortiqué de sa capsule : il s'agit d'en constituer le pédicule. On n'oubliera pas sa friabilité et ses risques de rupture : c'est avec précaution qu'on le soulèvera, qu'on l'attirera de manière à tendre le pédicule et à en rendre les éléments constitutifs plus aisément palpables ou visibles. La règle est de lier séparément les vaisseaux et l'uretère. La ligature en masse du hile n'est qu'un procédé de nécessité en face d'une hémorragie pressante. Au moment où on abandonne le pédicule étreint en masse, un épanchement sanguin peut se déclarer dans la profondeur et l'hémostase est aveugle et malaisée ; la direction différente de l'uretère et des vaisseaux en donne nettement la raison : ils tendent à se rétracter, ces derniers vers la colonne vertébrale, l'uretère vers la vessie, la ligature fait « bague » ; le coulant glisse, et les vaisseaux donnent avec une abondance d'autant plus menaçante qu'ils sont embranchés sur les gros troncs.

Une grande aiguille mousse de Cooper, à courbe très accentuée, de 3 à 4 centimètres de rayon, est l'instrument le plus commode pour la pose des fils ; le cordonnet de soie aseptique fait une solide étreinte. Par prudence, on peut forci-
presser le pédicule par deux pinces, le traverser en dedans par une ligature double, sectionner au ras de leurs mors et ne les lâcher que lentement, l'une après l'autre, de façon à ressaisir aisément le pédicule, si le sang jaillit.

Un ou deux gros tubes placés profondément sous les côtes draineront la partie supérieure de l'ample cavité opératoire ;

un autre se glissera à sa commissure inférieure ; la suture à étages fermera la plaie.

Si on a suivi la voie transpéritonéale, une suture à triple étage au catgut coudra d'abord le feuillet postérieur de la séreuse et reconstituera ainsi la loge rétro-péritonéale qu'on pourra ou non drainer vers les lombes, suivant la gravité des manifestations opératoires et l'asepsie probable de ce foyer ; un second plan suturera le péritoine antérieur ; un troisième les couches musculaires de la paroi ; des points à la soie ou au crin de Florence coudront la peau.

CHAPITRE III

I. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA NÉPHROTOMIE ET DE LA NÉPHRECTOMIE

Dans quels cas doit-on faire une néphrotomie, dans quels cas doit-on faire la néphrectomie ?

La *néphrotomie*, dit Vigneron, est indiquée dans tous les cas où il y a tuberculose rénale avancée formant tumeur avec un état général grave, même et surtout avec température et crises douloureuses par rétention rénale.

La tuberculose de la vessie et du second rein ne doit pas la faire rejeter ; Vigneron donne de nombreux exemples dans lesquels la néphrotomie a calmé les douleurs vésicales et amélioré le fonctionnement du second rein.

Elle est indiquée dans la tuberculose secondaire, quand la vessie est manifestement tuberculeuse, ou même quand le second rein commence à se prendre. Dans le premier cas, on saura que l'on fait tout ce qui est possible de tenter, pour améliorer l'état du malade, tandis que dans le second on aura l'espoir de voir survenir une amélioration suffisante pour permettre une néphrectomie secondaire qui pourra amener la guérison.

La *néphrectomie* est indiquée d'une manière absolue :

1° Toutes les fois que le diagnostic de la tuberculose rénale a été nettement établi chez un individu dont l'état général

est encore satisfaisant et dont les autres organes sont reconnus indemnes de toute lésion ;

2° Si, avec des lésions limitées à un seul rein, l'état général n'est pas gravement compromis ;

3° Si, avec un état général suffisant, on ne trouve que des lésions très limitées en dehors du rein : que ces lésions soient pulmonaires ou vésicales.

Israël est absolument d'avis d'opérer quand la tuberculose vésicale est récente et limitée comme nous l'indiquons.

Il appuie son opinion entre autres faits sur le cas de Verneuil et Le Dentu, dans lequel la malade reste encore guérie actuellement, au bout de sept ans, en dépit d'une légère cystite tuberculeuse qui semblait exister déjà au moment de l'opération.

La *néphrectomie* est contre-indiquée :

1° Quand, avec des lésions même limitées à un seul rein, l'état général est gravement compromis ;

2° Quand on trouve des lésions tuberculeuses disséminées ;

3° Quand on trouve une lésion quelconque du second rein.

II. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES

En parcourant la littérature médicale française et étrangère, nous avons été étonné du petit nombre de néphrotomies publiées ; cela doit être dû, nous pensons, à ce que la néphrotomie étant une opération relativement facile, on ne la publie pas toujours.

Nous avons parcouru plusieurs statistiques, et voici les chiffres que nous avons observés :

La statistique de Tuffier porte sur 82 observations.

La néphrotomie compte pour 25 cas ; elle donne une proportion de 47,8 pour 100 de mortalité. De plus, elle a été suivie de fistule et de récurrence dans la plupart des cas, si bien que sur les 25 opérés, 2 seulement, c'est-à-dire 8 pour 100, ont été guéris d'une façon définitive.

La néphrectomie, au contraire, donne des résultats plus encourageants, et la mortalité opératoire, qui était de 40 pour 100 il y a quelques années, n'est plus aujourd'hui que de 29,8 pour 100.

Sur 57 néphrectomies recueillies par Tuffier, 11 ont été pratiquées par la voie abdominale avec 36,3 pour 100 de mortalité, et 46 par la voie lombaire avec 28,2 pour 100.

Sur 25 malades, 8 ont été suivis pendant plus d'un an sans récurrence, et 10 pendant trois ans, quatre ans, et même huit ans ; 5 seulement sont morts de tuberculose quelques mois après leur opération.

D'après cette statistique, la néphrectomie nous paraît être la méthode de choix, et nous nous rangeons pleinement à cet avis.

Bardenheuer, dans le *Mittheilungen aus dem Kolner Burger Hospital*, cite 7 cas opérés avec succès.

Dans le *Beitrag zur klin. Chirurgie* de 1890, Czerny rapporte 7 cas opérés avec 6 succès.

Enfin, Madelung, dans les *Langenbeck's Archiv* 1890, cite 4 cas opérés avec succès.

La statistique de Vigneron porte sur 139 observations.

La néphrotomie simple compte pour 35 cas, et, dans 20 autres cas, la néphrotomie a été suivie de néphrectomie secondaire.

Sur ces 55 néphrotomies, 21 ont été suivies de mort ; 34

ont donné la guérison ou plutôt une amélioration notable, ce qui fait une mortalité de 38,18 pour 100.

Sur les 94 observations de néphrectomie primitive, 65 ont été faites avec l'incision lombaire et 19 par la voie abdominale.

Les néphrectomies lombaires donnent 26 morts et 39 guérisons, et les néphrectomies abdominales fournissent 7 morts et 12 guérisons.

Les statistiques de Newman, Guyon, Hartman et Otis ne portent que sur des néphrotomies.

Elles donnent :

Celle de Newman, une mortalité de 30 pour 100.

—	Guyon	—	22	—
—	Hartman	—	41	—
—	Otis	—	34	—

Au milieu de toutes ces statistiques, nous avons choisi les quelques observations qui nous ont paru les plus intéressantes au point de vue du manuel opératoire et de l'examen anatomo-pathologique. Chemin faisant, nous y joindrons une observation de néphrectomie pratiquée par M. le professeur Forgue, le 27 février 1891, et dont il a bien voulu nous communiquer tous les détails d'après les notes de M. Cannac, interne, du service.

CONCLUSIONS

La tuberculose rénale peut être primitive ou secondaire. Elle est ordinairement unilatérale ; elle aboutit toujours à la formation de cavernes intra-parenchymateuses.

Le diagnostic est très difficile au début.

La rétention purulente et les états douloureux sont les principales indications opératoires.

La néphrectomie primitive sur ou sous-capsulaire sera la méthode de choix, toutes les fois que l'on sera certain de l'intégrité du rein opposé ; dans les autres cas, on devra s'en tenir à la néphrotomie.

Elle permet d'évacuer le pus et d'établir un diagnostic sûr.

Si, après l'établissement de la fistule lombaire, l'écoulement urinaire à ce niveau est peu abondant ; si, d'autre part, l'urine sécrétée par l'autre rein et excrétée par la vessie est de quantité et de qualité normales, elle indiquera l'intégrité physiologique de ce rein, et alors la néphrectomie secondaire précoce s'imposera pour remédier à la fistule lombaire et à la suppuration intarissable qui l'accompagne.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

I. — NÉPHROTOMIES

Observation première

(Fr. RIS)

Guérison sans fistule

Seh..., vingt-deux ans, sans antécédents. Malaise général, abattement, cinq semaines avant son entrée à l'hôpital. Douleur dans le côté gauche. Vomissements. Anémie. Fièvre. Poumons semblant sains. Abdomen légèrement saillant du côté gauche. Tumeur allant jusqu'au-dessus de l'ombilic, régulière, pas mobile, de consistance très ferme et sensible au toucher, se déplace d'avant en arrière avec sonorité antérieure. Urines troubles, avec dépôt blanchâtre de pus, sans cylindres ni sang ; bacilles en abondance. Rien au rein droit.

Opération le 5 mars. — Incision de la douzième côte à la crête iliaque ; courbe à convexité inférieure ; le rein se montre sous forme de poche superficielle, bleuâtre par transparence, franchement fluctuante.

Ponction. — Pus jaunâtre très épais. Le péritoine doublé de graisse se présente, mais n'est pas ouvert, environ 400 c. c.

de pus s'écoulent. On voit par l'incision les différents diverticules de la poche et le doigt pénètre dans le bassinnet très dilaté. A cet instant la respiration s'interrompt ; on ne peut reprendre l'opération qu'au bout de trente minutes. Pendant ce temps, la poche s'est remplie de sang, on la nettoie ; une hémorragie moyenne se produit. Lavage avec une solution de sublimé ; drainage, gaze iodoformée. Réunion partielle.

Suites. — Reste sans connaissance jusqu'à six heures du soir, avec des alternatives d'agitation et de somnolence. Le pouls est petit, fréquent : 148. A huit heures du soir, elle commence à parler. Ni fièvre, ni douleurs, ni vomissements. Elle urine seule.

12 mars. — On retire la gaze ; sécrétion d'odeur urinaire. Rétention de pus, en avril, dès qu'on veut retirer le drain.

7 juin. — La fistule conserve un petit drain ; il s'écoule pas mal d'urine, tantôt purulente, tantôt presque limpide. État général excellent.

22. — La fistule ne donnant plus que de l'urine claire, on applique un pansement muni d'une pelote en caoutchouc.

30. — Grâce à la pelote et sans rétention, la fistule s'est fermée. État général excellent.

Observation II

(VIGNERON, thèse de Paris, 1892)

M. X..., trente-deux ans. Pas d'antécédents héréditaires. Début de la maladie en janvier 1890. Légères hématuries. Mictions fréquentes, urines renfermant beaucoup de pus, et un grand nombre de bactéries diverses.

Le 28 novembre 1890, congestion pulmonaire intense, durée

trois semaines: Douleur irradiée le long de l'uretère gauche, ténésme anal.

Le 11 juin 1891, M. Guyon constate un gros rein gauche.

Opération le 15 juin. — Avant l'opération, on constate de l'empâtement de la région lombaire, profondément fluctuante, le ballottement est moins net, pas d'œdème.

Incision ordinaire. Abscess périméphrétique à pus verdâtre, bien lié, très fétide, environ 200 grammes. Le doigt pénètre alors dans une vaste poche périméphrétique qui se continue en haut jusqu' sous les côtes et arrive en bas à 2 centimètres au-dessous de la crête iliaque.

La poche est irrégulière; ses parois sont rougeâtres, mal formées.

Le rein, refoulé en avant, présente sur sa face postérieure, près des bords convexes, un petit orifice, par lequel la sonde pénètre dans le rein à une profondeur de 4 centimètres environ. Le rein est sectionné au bistouri à ce niveau. On tombe dans une caverne rénale déjà vidée, du volume d'une grosse noix, tapissée d'une membrane tomenteuse, irrégulière, à aspect franchement tuberculeux; le rein ne semble pas gros. On ne sent pas de fluctuation, ni de diverticule de la poche rénale.

Lavage soigné et abondant (sublimé 1/3000) du rein. La poche périméphrétique est touchée à la solution phéniquée à 1/20, puis frottée avec un tampon de gaze iodoformée. Un drain dans le rein, un second dans la poche périrénale, qui est ensuite bourrée de gaze. Pansement à la gaze iodoformée. L'opéré n'a pas perdu de sang; il a cependant le pouls très faible et on a dû cesser, vu sa faiblesse, de donner du chloroforme jusqu'à la fin.

Amélioration très rapide de l'état général.

Le 6 juillet, légère hématurie.

20. — État excellent, le malade se lève.

12 août. — Malade part pour la campagne. Mictions peu douloureuses sont toujours fréquentes. L'amélioration persiste en mai 1892.

Observation III

(VIGNERON, *loc. cit.*)

Guérison avec fistule

Anna L..., trente-neuf ans, entrée à l'hôpital le 11 avril 1891, salle Laugier, n° 4. Elle a une sœur poitrinaire. A quatorze ans, elle a eu une suppuration du sternum qui a duré trois mois. Maux d'yeux. Mal réglée. Jamais de grossesse.

Début de la maladie en juillet 1888. — Douleurs dans le flanc droit. En 1889, double ovaro-salpingectomie.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, douleur et fréquence de la miction, douleur au niveau du rein. Amaigrissement, sueurs et fièvre le soir. Urines purulentes.

Utérus mobile, uretère droit bien sensibilé à la pression.

Vessie très sensible au contact de l'explorateur.

Rein droit gros et douloureux.

État s'aggrave.

Opération le 21 août 1891. — Espace entre le rebord costal et l'os iliaque assez court : incision ordinaire. Atmosphère graisseuse du rein épaisse. Rein non bosselé, on ne sent pas de fluctuation ; à la deuxième ponction sur le bord convexe, environ 180 grammes de pus s'écoulent : l'incision est faite vers le bas du rein, dont elle atteint presque l'extrémité inférieure, ouvrant une vaste caverne. Le doigt pénètre jusque dans le bassin, reconnaît que la caverne ouverte est située en bas du rein et que sa paroi supérieure irrégulière

mène dans deux autres poches séparées de la première par des cloisons incomplètes, mais assez épaisses, que M. Guyon, n'osant pas couper, lie avec un fil de caoutchouc. L'incision, du reste, est alors prolongée en haut sur une longueur de 1 centimètre et demi pour ouvrir plus largement une des deux poches secondaires. Cette caverne est séparée de la surface externe du rein par une couche de tissu dur, épaisse de 15 millimètres environ; pas de sang. La longueur de l'incision rénale a alors 5 centimètres environ, elle mène sur une vaste poche irrégulière encore, mais qui semble devoir être presque lisse quand les ligatures élastiques auront détruit les cloisons. On arrive au bassin; Lavages abondants (sublimé 1/3000). Gros drain dans le bassin; gaze iodoformée; peu de sang.

Les douleurs rénales disparaissent. La cicatrisation s'effectue rapidement. A la fin octobre, l'état général est excellent.

M. Guyon fait supprimer le drain et pratiquer des injections irritantes, puis introduire un fil de galvano-cautère qui pénètre à une profondeur de 8 centimètres.

La malade est guérie, mais la fistule persiste.

Observation IV

(TUFFIER, *Archives générales de médecine*, 1892)

Tuberculose rénale du côté droit. — Néphrotomie — Mort. — Hydro-néphrose tuberculeuse du second rein.

D... (Blanche), vingt et un ans, entrée le 22 juin à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 21.

Il y a un an, tumeur dans le flanc droit qui s'est progressivement accrue.

Six semaines avant l'entrée à l'hôpital, fréquence de la miction.

Urines renfermant des bacilles.

Du côté droit, tumeur du volume d'une tête de fœtus, mobile dans tous les sens, lisse, régulière, de consistance ferme, sans trace de fluctuation. Pas de lésion tuberculeuse dans les autres organes.

Néphrotomie le 27 juin. — Incision lombaire, peu oblique à cause de la situation du rein, de la onzième côte à la crête iliaque.

Les différents plans incisés, on rencontre la capsule adipeuse du rein normale; la glande est dénudée sur tout son bord convexe et sur ses deux faces, et on trouve une surface lobée grisâtre, rappelant le rein tuberculeux. Pas de trace de fluctuation. Plusieurs ponctions pratiquées avec l'aiguille n° 2 de la série Potain, et en divers sens, ne donnent pas lieu à un écoulement purulent.

Pour s'assurer qu'il a affaire à une infiltration tuberculeuse non suppurée ayant doublé la masse du rein, M. Tuffier incise le bord convexe et introduit son index dans le bassinnet, qu'il explore en tous sens. Cette exploration étant négative, il ferme le rein par trois points de suture au catgut. Il n'y a aucun écoulement sanguin; la plaie lombaire est fermée en trois étages suturés au catgut. La peau est réunie au crin de Florence. Pansement iodoformé, ouaté.

La malade reste quelques jours dans l'hébétude. Le 1^{er} juillet, surviennent des vomissements, avec tous les symptômes du coma urémique. Elle meurt le 3 juillet.

AUTOPSIE le 4 juillet. — Absence de toute tuberculose appréciable dans les viscères et le cerveau; double tuberculose rénale.

Du côté opéré, le rein présente le double de son volume

normal, il ne reste plus que les nœuds des fils de catgut, les fils eux-mêmes ont disparu. Le rein adhère au niveau même de la cicatrice.

A la coupe, on trouve plusieurs noyaux jaunes, du volume d'une grosse noix et situés en plein parenchyme rénal. Le bassinet est normal, légèrement dilaté, l'uretère sinueux tes augmenté de volume dans toute son étendue, jusqu'au méat urétéral; il est moniliforme, aminci. A l'ouverture, on trouve au niveau des parties dilatées de véritables exulcérations régulières.

Du côté gauche, le rein est beaucoup plus volumineux encore, mais il n'est plus représenté que par une énorme hydronéphrose du volume d'une petite tête de fœtus. L'organe a conservé sa situation, sous le diaphragme, et en l'enlevant avec beaucoup de précautions on voit qu'il est constitué par une mince membrane kystique; son contenu est transparent, c'est une véritable hydronéphrose.

Le bassinet lui-même fait partie de la tumeur; l'uretère qui lui fait suite est représenté par un cordon dur, plein, plus petit que l'uretère normal. La pièce est enlevée en totalité et portée au laboratoire de M. Cornil, où M. Toupet prend dans l'intérieur du rein, avec toutes les précautions habituelles, le liquide pour l'examen bactériologique. Il est limpide et transparent, et après plusieurs examens on finit par trouver quelques bacilles; mais surtout les cultures et les inoculations démontrèrent la présence de bacilles de la tuberculose, à l'exclusion de tout autre micro-organisme.

Le rein ouvert est un type d'hydronéphrose. Quant à l'uretère, c'est un cordon plein au centre duquel existe l'infiltration tuberculeuse. La vessie est couverte d'un enduit grisâtre; mais, après lavage, on n'y découvre pas trace d'altération tuberculeuse ou de tubercules miliaires. Toutefois, les régions voisines de l'uretère sont enlevées, et l'examen microscopi-

que pratiqué par M. Toupet a montré l'infiltration tuberculeuse dans la couche sous-muqueuse, empiétant un peu sur la face profonde du chorion ; la muqueuse elle-même était indemne.

II. — NÉPHRECTOMIES PRIMITIVES

A. NÉPHRECTOMIES LOMBAIRES

Observation V

(CZERNY de Heidelberg, *in* Herzel, *Beitrag zur Klinischen Chir.*,
p. 336).

Guérison

Babette R..., âgée de trente-cinq ans, non mariée. En 1878 amputation de la jambe droite pour carie du pied ; deux ans après hématurie.

Depuis quelques semaines souffre du côté gauche. État général assez bon.

Rein droit semble légèrement hypertrophié.

A gauche on trouve sous le rebord des côtes, une tumeur qui arrive en bas à l'épine iliaque antéro-supérieure, qui en dedans s'étend jusqu'à un doigt et demi de la ligne blanche et cesse en haut au niveau du bord inférieur de la dixième côte. Cette tumeur se déplace légèrement de gauche à droite, sa surface est irrégulière, sa consistance est ferme, elle est sensible à la pression. Elle mesure 14 centimètres de long sur 15 de large ; elle rend saillante la moitié gauche du ventre. De l'ombilic à l'épine iliaque on mesure 15 centimètres à droite

et 16 et demi à gauche. Entre l'épine iliaque antérieure et le sacrum, deux fistules longues de 5 centimètres ne conduisant pas sur un os et sécrétant pas mal de pus épais. En comprimant la tumeur on fait sortir par ces fistules du pus qui contient des bacilles de Koch.

Néphrectomie le 16 décembre 1886. — Le péritoine adhérent au voisinage de la tumeur ne peut être décollé, ni refoulé en avant. On cherche donc, après avoir fendu la fistule, à isoler la tumeur *in loco* : cette décortication est impossible, même après incision de la tumeur. On évacue par plusieurs incisions des poches purulentes : adhérences surtout solides vers le bas ; on ne peut enlever en suivant la graisse périrénale en dehors de la capsule. Pour avoir plus de jour, on prolonge l'incision de la paroi abdominale en avant ; on ouvre même le péritoine avec l'intention d'agir par son intérieur. On a alors assez d'espace pour pouvoir énucléer la tumeur de sa capsule sans manipulations intra-péritonéales, ligature séparée de l'artère rénale. L'uretère n'est pas induré : désinfection.

Sutures avec catgut du péritoine qu'on a protégé avec des éponges iodoformées. Sutures musculaires au catgut. Lavage avec solution de sublimé. Deux drains. Iodoforme dans la plaie. Sutures cutanées à la soie sur une longueur de 31 centimètres. Pansement ; gaze au sublimé. Pouls très petit ; n'a presque pas perdu de sang.

Examen de la pièce. — Le rein est transformé en une série de cavernes maintenant vides, formées aux dépens des pyramides. La plus grande, située à l'extrémité inférieure du rein, a encore le volume d'un œuf de poule après qu'on l'a vidée. La surface du rein est rugueuse et couverte de granulations. Entre les différentes poches existent des sillons profonds qui donnent au rein un aspect lobulé. Vide, le rein

mesure 12 centimètres de longueur sur 4 centimètres et demi d'épaisseur. La portion corticale et les cloisons qui séparent les cavernes n'ont plus guère qu'un demi-centimètre d'épaisseur. Près du hile, amas fibreux renfermant de petits abcès. Bassinet ratatiné ; on ne peut reconnaître avec sûreté l'uretère. Pus épais, mais peu caséeux.

De vastes lambeaux de capsule épaissie et intimement unie à l'atmosphère graisseuse restent adhérents sur la pièce.

La malade sortit guérie après une convalescence très accidentée, et, le 9 août 1889, elle était très bien portante.

Observation VI

(CZERNY, *loc. cit.*)

Guérison

M^{me} A. H..., souffre des reins d'août à novembre 1881. Œdème des jambes.

Fréquence de la miction. En décembre 1886, tumeur du rein gauche qui diminue beaucoup après un abondant écoulement de pus dans l'urine.

Entrée à l'hôpital le 27 décembre 1886. Pas de fièvre, bon appétit, diarrhée.

Opération le 29 décembre 1886. — Décubitus latéral droit, sur des coussins.

Incision lombaire oblique de 18 centimètres sous la douzième côte jusqu'au péritoine qu'on refoule en avant ; le côlon se montre : couche graisseuse périrénale peu développée. Enucléation sous-capsulaire du rein qu'un aide refoule par la paroi abdominale ; adhérence à l'extrémité supérieure qu'on doit couper et qui saigne un peu. Le rein mis à nu, on pose une ligature élastique sur son pédicule : pas d'hémorragie ; mais écoulement de pus caséeux dans la partie préalablement

saupoudrée d'iodoforme. Près de la ligature restent en arrière des débris indurés dont on tire l'urètre qui a le volume d'un crayon. Lavage à la solution de sublimé à 1/1000, iodoforme ; suture musculaire au catgut à deux étages ; suture cutanée à la soie ; deux drains suivent le trajet de la ligature élastique dont les bouts sont très en dehors de la plaie.

Pansement. — La vessie remplie de pus caséeux est lavée à la solution salicylée ; ce pus a dû y être refoulé au cours de l'opération par les pressions sur le rein.

Examen de la pièce. — Vide de pus, le rein mesure 14 centimètres de long sur 8 de large et 6 d'épaisseur ; sa surface est couverte de sillons profonds ; entre eux, bosselures correspondant aux pyramides qui ont un aspect jaunâtre. Couche corticale réduite à une épaisseur de 5 millimètres environ, le bassinet est criblé d'orifices qui laissent suinter des masses caséeuses à la pression. Il est, comme l'urètre, très épaissi ; ce dernier est gros comme un doigt.

Guérison sans fièvre. La malade sort le 25 janvier 1887, complètement guérie. La guérison persiste en janvier 1890.

Observation VII

(CZERNY, *loc. cit.*)

Guérison

J. K..., vingt-six ans, mère morte tuberculeuse ; frère tuberculeux. En 1883, cystite. En février 1888, fièvre, signes d'inflammation lombaire, fluctuation. On ouvre un abcès périnéphrétique : il conserve une fistule qui donne beaucoup de pus et, au commencement de mai, un peu d'urine. Maigrit un peu. Au printemps 1888, pleurésie gauche.

Le 4 juin, on sent l'extrémité des reins sur le rebord costal gauche.

Opération le 7 juin 1888. — Décubitus latéral droit ; incision lombaire oblique, longue de 14 centimètres et demi, passant par la fistule. On incise des tissus tantôt cicatriciels, tantôt oedémateux, pour arriver sur l'atmosphère rénale, et on trouve la pointe du rein de coloration jaunâtre, plongeant dans une cavité granuleuse. Cette pointe présente un petit orifice irrégulier, gros comme une lentille, qui laisse couler, par la pression du rein, du pus caséux.

Décortication sous-capsulaire assez facile ; l'extrémité supérieure seule est adhérente : peu de sang. Tamponnement de la cavité, ligature élastique sur le pédicule lié en masse. Le rein extirpé, on isole l'artère et la veine, toutes deux petites, pour les lier séparément à la soie. Lavage au sublimé, gaze iodoformée. Sutures profondes comprenant muscles et peau.

Pansement. Durée de l'opération : cinquante minutes.

Examen de la pièce. — Le rein gauche, long de 20 centimètres et demi, large de 6 centimètres et demi, et épais de 3 centimètres trois quarts, est lobulé, surtout à son extrémité inférieure jaunâtre. Aux deux bosselures qui forment cette pointe correspondent deux cavernes irrégulières à parois rugueuses, couvertes par places de granulations d'un rouge grisâtre. Pus épais, jaune avec quelques flocons. Vers la face antérieure d'aspect granuleux, deux cavernes à parois peu épaisses, à surface lisse, pleines de liquide urinaire et grosses comme des noisettes. Près du hile, lambeaux graisseux très chargés de tissu conjonctif cicatriciel. Deux pyramides restent intactes ; les autres sont converties en masses caséuses et en poches purulentes. La couche corticale a environ 7 millimètres d'épaisseur ; elle est tantôt rouge, tantôt jaunâtre et parsemée vers le haut de petits foyers purulents.

Le malade sort le 13 août avec une petite fistule qui suppure encore ; il part pour Baden-Baden, où la fistule se ferme bientôt. Il reprend rapidement et se marie en juillet 1889.

Observation VIII

(MADELUNG, *Archiv für klin. chir.* XLI, p. 269)

Guérison

F..., trente-deux ans. Pleurésie à vingt-huit ans. En novembre 1887, diarrhée, vomissements, tumeur dans le côté gauche, dure, grosse comme le poing, assez douloureuse. Fréquence et douleur de la miction. Urines troubles, avec dépôt. État général grave.

Entre à l'hôpital le 3 octobre 1888.

Opération le 12 octobre. — Incision partant du rebord costal, se dirigeant obliquement en bas et en avant vers l'os iliaque; capsule très épaisse; dans les tentatives de décortication, le péritoine se déchire en deux endroits: réunion immédiate au catgut. Enucléation laborieuse; le rein se déchire, laissant s'écouler du pus caséux, sans odeur. Ligature du hile à la soie forte; uretère et vaisseaux liés séparément, le pédicule et l'épaisse capsule des reins sont grattées à la cuvette. Réunion partielle de l'incision, tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée. L'opération a duré une heure quarante-cinq minutes.

Examen de la pièce. — Le rein a le double de son volume normal: il a l'aspect d'une poche bosselée, fluctuante, formée de six cavernes du volume d'une noisette remplies de matière caséuse et qui ne communiquent avec le bassinet que par d'étroites fistules. Couche corticale peu épaissie; il ne reste que très peu de parenchyme rénal pouvant fonctionner.

Suites normales. — Sort le 15 novembre, avec un excellent état général.

Le 15 décembre 1888, elle eut un abcès à la cuisse gauche.

Cet abcès fut incisé, elle sortit de nouveau le 25 janvier 1889.

En avril 1890, elle écrit à Madelung: « Je me sens très bien, j'ai très bon appétit, et aucune douleur. Je fais tous mes travaux de ménage. »

Observation IX

(CZERNY, *loc. cit.*)

Guérison

Charles T..., trente-trois ans. Mère et un frère morts tuberculeux.

Début de la maladie à vingt-quatre ans; douleurs dans le côté gauche; ces douleurs s'arrêtèrent au bout de deux ou trois mois et reparurent deux ans après en 1882. En septembre 1884, cystite avec hématurie.

Opération le 28 novembre 1889. — Incision lombaire de 20 centimètres. Oblique, jusqu'au bord externe du muscle droit. L'atmosphère graisseuse ne se laissant que difficilement décoller du rein, est en partie extirpée avec l'organe. Pendant l'extraction du rein, hémorragie veineuse assez forte au niveau du hile; la compression avec une éponge la fait cesser. En examinant la plaie, on trouve une déchirure du péritoine, longue de 5 à 6 centimètres près du psoas iliaque. Pendant qu'on la suture, la piqûre produit sur le feuillet interne du péritoine une assez forte hémorragie veineuse. On parvient non sans peine à l'arrêter avec une assez forte ligature. La plaie est bourrée de gaze iodoformée. Sutures musculaires au catgut. Sutures cutanées à la soie.

Examen de la pièce. — Le rein, vidé du pus qu'il renferme, mesure 12 centimètres de long sur 7 de large et 6 d'épaisseur, rein tuberculeux. Toutes les pyramides, jusque dans les ca-

lices, sont transformées en abcès dont le volume varie entre celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule ; il ne reste du parenchyme rénal qu'un peu de substance corticale, épaisse d'un quart à un demi-centimètre. Le pus est très épais et d'odeur aigrelette. Du pus caséeux tapisse partout la surface des cavernes. Il s'écoule du bassinnet un peu d'urine pas trop purulente.

Le malade se lève le 23 décembre, sort le 20 janvier avec deux fistules en voie de cicatrisation.

Observation X

(TUFFIER, *loc. cit.*)

Guérison depuis quinze mois

Tuberculose rénale, périnéphrite fibro-lipomateuse. — Néphrectomie sous-capsulaire.

Marie M....., quarante-huit ans, entrée le 9 janvier 1891 à l'hôpital Beaujon. Femme grande, maigre, assez bien constituée, paraissant vigoureuse. Mère morte tuberculeuse. Les accidents dont elle se plaint ont débuté en 1887 par des fréquences de la miction, avec légères hématuries. Ces accidents s'accrochèrent peu à peu ; les mictions devinrent si fréquentes que la malade entra en octobre 1890 à l'hôpital Necker, où elle subit la dilatation du col de la vessie. Les symptômes s'amendèrent pendant quelque temps, mais bientôt ils apparurent de nouveau et avec une nouvelle intensité. C'est dans ces conditions que le Dr Demos vit la malade. Il la traita par des instillations argentiques, qui améliorèrent les symptômes vésicaux, mais ne modifièrent pas l'état douloureux du rein.

C'est alors qu'elle entra à l'hôpital Beaujon.

M. Tuffier trouva dans le flanc droit une tumeur du volume

d'une tête de fœtus, occupant nettement la région lombo-iliaque, lisse, arrondie, sonore en avant, mobile dans tous les sens, mais d'une faible étendue, présentant un ballottement type, douloureuse à la pression, avec irradiations des douleurs vers le pli de l'aîne et la cuisse. Les urines sont troubles; leur qualité est normale. Les autres organes sont sains; les urines ne renferment pas de bacilles.

Opération le 15 janvier 1891. — Incision lombaire de la onzième côte à la crête iliaque, se rapprochant de la direction de la douzième côte. Les différents plans incisés, on tombe sur l'atmosphère graisseuse du rein; elle est beaucoup plus dense qu'à l'état normal; elle crie un peu sous le scalpel, et elle se dissocie difficilement.

Après une recherche assez longue et assez pénible, on arrive sur le parenchyme rénal, perdu au milieu de cette graisse; on isole alors son bord convexe, et on le trouve parsemé d'une série de mamelons du volume d'une noisette ou d'une noix, grisâtre, faisant saillie à la surface du rein qui paraît dur et sclérosé. Son volume est à peu près les deux tiers de celui d'un rein normal. L'exploration digitale de ces deux faces fait reconnaître dans son épaisseur une série de nodosités. On ouvre une de ces bosselures, située à l'extrémité supérieure du rein, pour s'assurer de son contenu; il en sort une bouillie calcaire, absolument analogue à de la craie délayée ou à du plâtre, et telle que M. Tuffier n'en a jamais vu, sauf dans les tiphus périarticulaires des goutteux; elle ne ressemble en rien à ce que nous connaissons des masses blanc-grisâtre, caséeuse, de la tuberculose.

Cette constatation permet de croire que ce rein doit être d'un fonctionnement médiocre. D'autre part, les renseignements cliniques sont ceux que donnent la tuberculose urinaire. M. Tuffier incise alors la capsule propre du rein, pour s'assurer que la néphrectomie sous-capsulaire est possible et

facile, car le parenchyme se laisse facilement décoller sans laisser aucune trace à la surface de la capsule. Il dénude rapidement les deux faces du rein jusqu'à son pédicule, il y place une pince courbe, sectionne au-dessus, puis remplace la pince par une ligature en chaîne à la soie plate, séparant le pédicule en deux moitiés.

Il ferme la plaie en trois étages successifs par suture perdue au catgut, et la peau au crin de Florence, sans drainage. Pansement iodoformé et ouaté. La malade guérit sans complications et sortit le 1^{er} mars, complètement guérie. M. Tuffier l'a revue le mars 1892, elle était en parfaite santé.

Examen de la pièce. — Le rein enlevé fait en volume les deux tiers d'un rein normal. A la coupe, il est parsemé d'une série de cavités séparées les unes des autres et remplies de cette substance blanche, crayeuse et ressemblant absolument à du plâtre délayé. D'autre part, il n'y a aucune trace de tuberculose classique. La région du bassinet est envahie par la graine extra-rénale et la cavité pyélitique est intacte.

Pour s'assurer de la nature de cette lésion, M. Tuffier porte la pièce au laboratoire de pathologie expérimentale où M. Wurtz voulut bien se charger de l'examen.

La matière blanche était très riche et formée presque exclusivement de phosphate et de carbonate de chaux.

L'examen bactériologique sur lamelles fut négatif, mais les inoculations déterminèrent la tuberculose, dûment constatée dans les délais voulus.

B. — NÉPHRECTOMIES ABDOMINALES

Observation XI

(Observation inédite obligeamment communiquée par M. le professeur
FORGUE.)

Pyonéphrose tuberculeuse. — Incision de la poche et néphrectomie partielle
par morcellement. — Guérison.

F..., quarante-quatre ans, entrée à l'hôpital le 23 février
1891.

Pas d'antécédents personnels. S'est toujours bien portée.

Depuis assez longtemps éprouvait des douleurs vives au
moment de l'apparition des règles, et ses douleurs disparaissaient
dès que l'écoulement menstruel s'était établi.

Début. — Il y a trois ans, cette malade a commencé à
éprouver des douleurs assez vives dans tout l'abdomen et le
bas-ventre. Ces douleurs étaient accompagnées de météorisme
et de constipation à laquelle succédait, le jour suivant,
une diarrhée assez intense qui durait trois à quatre jours.
Pendant ces périodes, la malade mangeait très peu et avait,
le soir, de légers accès fébriles caractérisés par de légers
frissons suivis de bouffées de chaleur.

Ces accidents, au début, revenaient presque toutes les deux
semaines; aussi la malade a-t-elle commencé à maigrir assez
rapidement. C'était surtout à la suite de fatigues que ces
phénomènes apparaissaient, et les douleurs se faisaient alors
sentir au niveau du rein et principalement du côté gauche.
Cet état a duré un an et demi. Puis ces phénomènes se sont
accentués et ont été accompagnés par des vomissements assez

fréquents après les repas et par des besoins d'uriner très souvent répétés. Dans la nuit, la malade était obligée de se lever cinq à six fois, et le jour elle urinait toutes les deux heures. Les mictions n'étaient pas accompagnées de douleurs, mais les urines étaient troubles et le dépôt qui se formait était assez abondant; il n'y avait jamais de sang.

A cette époque, la malade a pris du salol, du benzoate et du bicarbonate de soude, mais sans aucun résultat.

Cet état a duré jusqu'au mois d'avril 1890, c'est-à-dire deux ans et demi après le début, sans trop s'aggraver, et à cette époque la malade a été bien soulagée par des douches et des lavements préparés avec une infusion de camomille; ces lavements ont conjuré les alternatives de constipation et de diarrhée, mais les douleurs abdominales sont devenues de plus en plus intenses.

En même temps, l'état général de la malade s'est aggravé. L'anorexie et l'amaigrissement ont augmenté, et à ce moment la malade avait des accès fébriles presque tous les soirs. Elle était très sujette au froid et depuis lors cette tendance a persisté.

Depuis lors, les douleurs et les troubles du côté du système digestif ont persisté et augmenté, les urines sont devenues plus troubles, et la malade a été obligée d'interrompre son travail pour rester couchée au moment où les douleurs étaient trop violentes, et c'est surtout depuis deux mois qu'elles sont très vives.

État actuel. — La malade est très amaigrie; elle mange très peu, pourtant les digestions se font bien.

Elle éprouve des douleurs lancinantes dans l'abdomen et surtout au niveau du rein droit. Ces douleurs sont presque continuelles. En même temps elle éprouve, tous les quatre à cinq jours, de légers accès de fièvre le soir.

La malade est très sujette au froid. Les mictions sont fré-

quentes (7 à 8 fois la nuit, toutes les deux à trois heures dans le jour) et sont peu douloureuses.

Il y a quinze jours qu'elle s'est aperçue qu'elle avait une tumeur dans le flanc droit; tumeur dont elle n'aurait pas soupçonné l'existence, si le docteur qui la soignait ne le lui avait pas dit; en effet, elle n'a pas éprouvé alors de douleurs plus vives à ce niveau.

A la palpation, on sent dans le flanc droit une tumeur mobile sous la paroi abdominale, dure, rénitente, nettement limitée, ayant une forme assez régulièrement arrondie et indolore à la palpation.

Elle est nettement séparée du foie, et, en arrière, on sent qu'elle fait partie intégrante du rein.

Elle a un volume supérieur à celui des deux poings.

Les urines sont purulentes et le dépôt assez considérable; il est constitué par des globules de pus et quelques cellules épithéliales de la vessie et du rein. Il n'y a pas de sang.

L'analyse faite le 24 donne les résultats suivants:

Quantité	1200 c. c.
Densité.	10,17.
Réaction	légèrement acide.
Albumine	1 gramme.
Sucre	0
Urée par litre . . .	14 gr. 6.
Chlorures	8 gr. 2.
Phosphates	1 gr. 23.

Opération le 27 février. — La malade étant anesthésiée, je fais une incision verticale de 11 centimètres, menée parallèlement à la ligne blanche, du rebord costal jusqu'à deux doigts au-dessus de l'arcade crurale; elle passe à 4 centimètres environ en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et correspond à la ligne de plus grande saillie de la tumeur.

En haut, mon bistouri délibérément mené atteint le bord libre du foie; une hémorragie en résulte, que j'arrête par la mise en place de deux longues pinces à forcipressure, mordant le tissu hépatique.

J'incise le péritoine pariétal dont je saisis chacune des deux lèvres avec trois pinces à forcipressure, deux aux commissures supérieure et inférieure, l'autre au milieu. Même manœuvre sur le péritoine viscéral.

J'essaie alors l'énucléation de la poche, qui est d'une grosseur supérieure à celle de la tête d'un fœtus à terme; mes doigts, travaillant de l'extrémité, arrivent à libérer les trois quarts environ de la tumeur; ils sont alors arrêtés par des adhérences tenaces, impossibles à vaincre. J'abandonne alors mon projet de néphrectomie typique; je donne dans la tumeur un coup de gros trocart aspirateur, utilisé pour les ovariotomies, et j'évacue ainsi plus de 300 grammes de pus. Je glisse par le trou du coup de trocart deux pinces Richelot courbes, et je mors la coque suivant son diamètre vertical; je l'incise au thermo, en cheminant entre les pinces, distantes d'à peu près deux centimètres.

La poche est aussi largement ouverte : à coups de curette doucement maniée, je la nettoie de ses débris grumeleux; à coups de thermo, je fends les éperons du tissu rénal qui cloisonnaient la cavité et je ne m'arrête qu'après une mise au net parfaite. Utilisant alors la manœuvre du morcellement, pinçant et incisant au fur et à mesure, je résèque toute la partie accessible des parois de la coque. Je ne m'arrête que devant l'hémorragie, qui devient progressivement plus abondante à mesure que je me rapproche du hile de l'organe.

Je suis même forcé de laisser à demeure trois pinces courbes qui mordent le tissu rénal restant et dont la mise en place m'a donné quelque peine; leur prise s'arrachait et l'hémorragie réapparaissait de plus en plus copieuse. Il est difficile

d'apprécier quelle est exactement la quantité d'organe réséquée par morcellement ; mais assurément elle approche des deux tiers de la poche pyonéphrotique.

Grâce aux pinces à forcipressure mordant les lèvres des incisions péritonéales, il m'est facile de suturer ensemble les deux lames vésicale et pariétale de la séreuse et de les coudre bord à bord, avec l'incision cutanée. Grâce à cette technique, la loge rénale est ainsi exclue du péritoine. Dans cette manœuvre j'ai rencontré en haut quelques difficultés : la vésicule biliaire tendait à faire hernie, et j'ai dû établir un soigneux plan de sutures profondes pour la recouvrir.

Je fais un pansement avec la gaze salolée, ouate aseptique, et un bandage de corps en flanelle.

Dans l'après-midi, la malade a eu de fréquents vomissements.

Les matières rendues étaient jaunâtres. En même temps, la malade a eu des besoins très fréquents d'uriner, et la quantité excrétée jusqu'au lendemain matin a été supérieure à 1 litre.

Traitement. — Champagne frappé. — Lait froid.

Le lendemain, les vomissements ont continué jusque dans la soirée, les matières rendues ont la même teinte bilieuse.

La malade est assez affaissée, mais cependant elle ne souffre pas.

Même traitement, plus 1 gr. 50 de chloral.

La température qui, depuis l'entrée de la malade, oscillait entre 38° et 38°5, tombe à 37°, le troisième jour après l'opération, et se maintient plutôt au-dessous qu'au-dessus de 37°.

Le 1^{er} mars, les vomissements ont cessé, et dans la nuit précédente la malade a un peu reposé. L'état général est meilleur ; elle n'a pas de fièvre et n'éprouve aucune douleur au niveau de l'abdomen. Les envies d'uriner sont bien moins fréquentes. Elle commence à prendre un peu de bouillon. Le

2 et le 3 la malade va bien et se lève un peu; elle commence à prendre un peu de jus de viande et du tapioca, et elle n'a pas de douleurs.

Le 4, après avoir pris le matin un verre à bordeaux d'eau de Sedlitz, elle a quelques vomissements bilieux, qui disparaissent après la suppression du purgatif.

On défait le pansement et on constate qu'il n'y a presque pas de pus; les bords de la plaie ne sont pas le siège d'inflammation, et on enlève les pinces. On fait un lavage de la cavité avec de l'eau bouillie salée, et on refait un pansement après avoir mis dans la cavité une mèche de gaze salolée.

L'analyse des urines montre qu'il y a moins de pus qu'avant l'opération et que la quantité d'urée excrétée est à peu près normale.

Dans l'après-midi, la malade a eu quelques vomissements.

Le 5, la malade va mieux; elle ne souffre plus du tout au niveau de l'abdomen; l'état général est bon et elle mange une côtelette.

Le 7, on défait le pansement; il n'y a pas de pus, la cavité se déterge bien, on enlève les fils de suture et, après lavage, on refait un pansement identique au précédent. La malade reprend un peu de forces et ne souffre pas du tout. Elle mange une côtelette et un peu de potage; elle les supporte très bien.

La malade est sortie de l'hôpital un mois et demi environ après le jour de l'opération; à ce moment, la plaie, couverte d'un bourgeonnement de bon aloi, était réduite de moitié.

Dans la suite, la plaie s'est lentement comblée par granulation progressive de son fond. La cicatrisation a d'ailleurs été traversée de quatre épisodes inflammatoires, et chaque fois, après formation d'un petit abcès dans le fond de la cicatrice, j'ai retrouvé un nœud de fil dans le pus éliminé; le lundi de la Pentecôte, 6 juin 1892, est sorti l'avant-dernier fil. Le dernier est sorti dans les premiers jours de mars 1893; mais, lors

de ce dernier accident, tout s'est borné à la formation d'une menue fistule superficielle, de la grosseur à peine d'un petit pois.

En dehors de ces incidents, la guérison est stable depuis plus d'un an. La cicatrice est indolore. Il n'y a qu'une toute menue fistulette, présentant à peine la dimension d'une tête d'épingle et ne donnant issue pendant les vingt-quatre heures qu'à une cuillerée à café d'urine. La malade se contente de placer dans la dépression cicatricielle un tamponnet d'ouate de la grosseur d'une noix, et de la maintenir par une mince lame d'ouate et une ceinture de flanelle.

Généralement le tamponnet est à peine imbibé dans les vingt-quatre heures. Il arrive même parfois que ce minuscule orifice fistuleux tend à se fermer; la malade a parfaitement observé qu'elle souffre alors et elle a pris l'habitude de crever d'un coup d'épingle l'opercule cicatriciel qui s'est formé.

A part ce mince inconvénient, la malade ne souffre plus; les urines sont claires et ses mictions normales; elle a engraisé et repris un teint de santé; elle vaque à son fatigant commerce qui la force à rester debout la plus grande partie de la journée; elle voyage et, il y a deux mois, a pu sans fatigue venir de Paris en troisième classe.

Observation XII

(VIGNERON, *loc. cit.*)

Mort

F..., vingt-trois ans. Mère et une sœur mortes tuberculeuses. Toujours mal réglée, tousse et maigrit depuis sept ans.

Elle entre à l'hôpital avec des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre.

Douleur très vive au niveau de la région lombaire droite, sans rougeur ni œdème, rendant tout examen impossible.

Le 14 mai, sous chloroforme, on trouve une tumeur lombaire rénitente, subissant des mouvements de déplacement assez étendus. Quand on la remonte dans la fosse lombaire, on a le contact, pas de ballotement. Dans le décubitus latéral gauche, déplacement transversal; la tumeur dépasse alors l'ombilic de deux travers de doigt. En bas, elle dépasse la ligne de l'ombilic de trois travers de doigt. Devant elle, sonorité intestinale.

Opération le 26 mai 1891. — État général toujours très grave, douleurs un peu moins vives. L'examen de la tumeur, sous chloroforme, montre que son volume a encore augmenté; au moment d'opérer, après des manœuvres externes pour examiner le rein, comme on sonde la malade, on est étonné de trouver, pour la première fois, des urines purulentes. Le matin même elles étaient claires. Le volume du rein force à choisir la voie abdominale. Incision médiane de 20 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic qu'on contourne.

Le péritoine ouvert, les anses intestinales protégées et maintenues, on tombe sur la tumeur très saillante, manifestement fluctuante. On voit par transparence l'uretère, sous le péritoine qu'on incise. Décortication : la tumeur, très grosse, est ponctionnée en deux points; on retire chaque fois 250 grammes de pus. Ligature séparée de l'uretère, dont on touche le bout inférieur au thermo cautère. Les vaisseaux du hile sont liés avec un fil de soie. Lavages, sutures péritonéales (procédé de Terrier), musculaires et cutanées. Deux gros drains sont placés dans la fosse lombaire. L'opération fut longue et un peu laborieuse; pouls petit, mais régulier. Extrémités froides; la malade reste toute la journée dans un état comateux. Elle meurt le 27 mai au soir.

Examen de la pièce. — Rein gros comme une tête de fœtus; incisé, on trouve une énorme cavité irrégulière avec trois diverticules principaux, gros chacun comme un œuf de dinde, séparés par des cloisons épaisses et dures; cette cavité ne renferme presque plus de pus; on n'y a pas trouvé de bacilles. La surface interne de la cavité, hérissée de granulations grisâtres d'aspect chagriné, présente quelques saillies fibreuses, près de 1 centimètre du tissu rénal sépare encore ces poches de la capsule du rein.

La cavité est située à la partie moyenne du rein, dont les deux extrémités sont relativement saines. A l'extrémité supérieure existe une petite poche vide, grosse comme une noisette. La jonction moyenne du bassinet est séparée du reste de la grande cavité et isolée d'elle par une cloison fibreuse qui ne présente qu'un très petit orifice.

Les calices supérieurs et inférieurs débouchent dans le bassinet, presque entièrement sain, tandis que les calices moyens, répondant au maximum des lésions, se rendent dans la portion partiellement oblitérée du bassinet, rupturée sans doute au moment des manœuvres externes faites avant l'opération.

Les parois de l'uretère, à peine épaissies, ne sont pas tuberculeuses, le calibre est perméable.

AUTOPSIE (trente-huit heures après la mort). — Les ligatures tiennent bien, pas de péritonite. Des adhérences, lâches encore, oblitérent déjà la moitié supérieure de la fosse rénale. Au contraire, la moitié inférieure, dans laquelle plongent les drains, contient 200 à 300 grammes de liquide sanguinolent sans odeur, non purulent, qui n'a aucune tendance à s'écouler au dehors par les drains. Le pansement était absolument sec. Pas de lésions au rein gauche, légèrement hypertrophié. Vessie saine. Uretère droit: à parois épaisses; calibre perméable. Aucune lésion tuberculeuse en dehors du rein droit.

III. — NÉPHRECTOMIES SECONDAIRES

Observation XIII

(G. ELDER, *Lancet*, 7 octobre 1892)

Guérison

M^{me} W..., trente-six ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Début de la maladie il y a deux ans et demi. Douleurs dans le côté gauche, irradiées dans la jambe.

Anorexie, faiblesse extrême, tousses et crache.

Urines peu abondantes, très ammoniacales avec une grande quantité de phosphate.

Le 10 mai, on trouve une tumeur allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la hauteur du cœur, et étendue transversalement de la colonne vertébrale à un centimètre à gauche de l'ombilic. Tumeur très saillante en avant et d'une fluctuation manifeste. Tuberculose pulmonaire au sommet droit.

Néphrotomie. — Une énorme quantité de pus caséeux sort du rein converti en deux grandes cavernes séparées par une cloison friable qu'au cours de l'opération on rompt avec les doigts ; on retire de la même façon une masse caséeuse. Le rein descend jusqu'à la crête iliaque ; il est partout très adhérent : il saigne ; lavages et tamponnement.

Les douleurs cessant dans la journée, l'état général s'améliore, la pyurie diminue. Au bout de trois semaines, la température remonte, la malade a, à la base droite, une poussée de pleuro-pneumonie septique.

Néphrectomie le 20 juin. — Prolongement de l'incision lombaire ; seconde incision cruciale. La décortication du rein

avec sa capsule est des plus laborieuses en raison des adhérences et de la friabilité du tissu : hémorragie assez abondante arrêtée par la spongipressure.

Ligature du pédicule en masse à la soie. Cette ligature coupe les tissus très friables du pédicule et on a une hémorragie épouvantable. Deux nouvelles ligatures doivent être placées pour arrêter complètement le sang : quelques petits vaisseaux sont liés séparément. Lavages, tamponnement de la plaie dont on rapproche légèrement les lèvres avec quelques sutures.

Convalescence rapide ; embonpoint notable à la sortie. Une petite fistule persiste.

Observation XIV

(CZERNY, *loc. cit.*)

Guérison

Fr. B..., vingt-cinq ans. En 1887, violentes douleurs dans la région du rein avec irradiation dans le ventre, malaise, vomissements, sueurs froides.

Urines troubles, douleurs vésicales, mictions fréquentes.

On sent la pointe du rein droit ; en déprimant profondément la paroi abdominale, on provoque de la douleur le long du trajet de l'uretère. Rien à la vessie, urines très purulentes avec traces de sang et peu d'albumine.

Néphrotomie le 24 août 1888. — Incision lombaire transversale de 15 centimètres ; la capsule graisseuse ouverte, le côlon refoulé avec le péritoine, on ne découvre qu'avec difficulté le bassinet, qui est fixé avec deux fils et incisé en long. Sa cavité est dilatée, sa paroi épaisse, il renferme beaucoup de pus, sans odeur, sans calcul, sa surface est simplement rugueuse et par place comme incrustée. Au cours des recher-

ches digitales dans le bassinnet, on le déchire un peu à son insertion sous le rein. Lavages, iodoforme, drainage, sutures à la soie.

Les suites furent pénibles, la fistule du bassinnet ne tendant pas à la cicatrisation. Pendant neuf mois on fit de fréquents curettages du sujet et des injections, enfin, le 20 juillet 1889, on décide de faire la néphrectomie : Incision oblique dans l'ancienne cicatrice cutanée.

Le doigt pénètre sous le rein qui est lisse et assez facilement décortiqué.

Le rein ne peut sortir par la plaie musculaire qui doit être allongée en avant et en arrière. Le rein extirpé, il en reste un lambeau qu'on enlève aux ciseaux, ligature. Suture de l'uretère au catgut. Lavage au sublimé ; sutures.

Les suites furent simples, sans réaction ni fièvre. Le malade sort le 10 septembre avec une petite fistule.

Examen de la pièce. — Le rein enlevé mesure 13 centimètres sur 5 c. 1/2 et 4. Surface assez lisse avec quelques ecchymoses ; à la coupe, coloration pâle du parenchyme rénal réduit à très peu de chose. Quelques pyramides, avec la substance corticale qui leur correspond, restent encore intactes vers la périphérie ; dans d'autres, dégénérescence caséreuse avec destruction des *tubuli recti*. Nombreuses pyramides, sont ainsi en grande partie détruites ; dans deux, la destruction atteint la couche corticale, elles sont transformées en abcès. Diagnostic microscopique : néphrite caséreuse tuberculeuse.

Observation XV

(CONNEL WHIPPLE, *Lancet*, 17 mai 1890)

Guérison

S...., trente neuf ans, tumeur dans le flanc gauche ; depuis neuf mois, vives douleurs dans le côté gauche. Homme fortement charpenté.

On trouve dans l'hypochondre gauche une tumeur saillante allant de l'ombilic et du rebord costal à la crête des apophyses épineuses et à la fosse iliaque ; matité : fluctuation très manifeste, surtout en arrière.

Néphrotomie le 15 décembre 1889. — Incision lombaire verticale jusque dans un vaste abcès rétro-péritonéal qui est lavé. Le doigt suit le rein gros et fluctuant. Il est ponctionné, il s'écoule du pus, il est alors incisé, une grande quantité de pus s'écoule encore. La cavité rénale ouverte communique avec plusieurs autres cavernes : lavage, drainage. L'état général s'améliore ; mais les cavernes continuent à sécréter abondamment.

Néphrectomie le 9 janvier 1890. — On ajoute à l'incision primitive une seconde incision qui part de l'extrémité inférieure de la première, pour se diriger en avant.

On aperçoit le rein, dans sa grande cavité périnéphrétique largement ouverte, décortication avec le doigt, au cours de laquelle on ouvre de nombreuses cavernes superficielles. Le rein enlevé, la poche est lavée et essuyée avec l'iodoforme. Suture, drainage. L'opération a duré une heure.

Amélioration immédiate. Sort le 6 avril, complètement guéri.

Examen de la pièce. — La surface du rein est pâle, sauf au niveau du bord convexe qui formait une partie de la poche périnéphrétique. A la coupe, on ne distingue plus rien du rein ; le hile est perdu dans une gangue scléro-graisseuse, pas trace de pyramide.

Le rein entier forme une série de cavernes à diverses périodes. Quelques-unes des cavernes superficielles se sont ouvertes au cours de la décortication. Au bord convexe, une grande poche communique avec de petites cavernes drainées

à la première intervention, les parois des cavernes sont formées de tissu pâle, scléreux, rugueux après lavage.

Observation XVI

(TUFFIER, *loc. cit.*)

Tuberculose rénale droite paraissant primitive. — Pyonéphrose tuberculeuse du volume d'une tête d'adulte, sans aucun trouble fonctionnel, sans purulence de l'urine. — Néphrotomie. — Néphrectomie secondaire précoce par la voie lombaire. — Guérison opératoire.

Luc.... (Alexandre), dix-huit ans, employé de bureau, entré le 11 septembre 1891, salle Barth, n° 4, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Millard, sorti le 3 décembre.

C'est un jeune homme grand, maigre, qui ne présente rien dans son passé personnel qui soit digne d'intérêt. Les accidents pour lesquels il entre à l'hôpital ont débuté, il y a trois ans et demi, par des douleurs siégeant au niveau de l'hypochondre droit et du foie. Ce fut d'abord un endolorissement de la région qui se transforma bientôt en un état douloureux caractérisé par des sensations de piqûres, d'élancements, et, fait curieux, ces accidents ont toujours été notablement aggravés par la marche, la fatigue ou même un exercice quelconque. Quelquefois même les crises qui duraient quelques heures étaient si violentes que le malade perdait connaissance. En revanche, ces crises n'étaient nullement influencées par l'ingestion des aliments et n'avaient aucune relation avec la digestion.

Le malade était pris parfois d'accès de vomissements alimentaires, bilieux et même sanguins, qui se répétaient plusieurs fois par jour, pendant cinq, six, sept jours ; mais, depuis cinq mois, ils ont disparu. Il n'a jamais eu aucun accident hépatique.

C'est depuis huit mois environ que l'état général, qui, jusqu'alors était resté satisfaisant, a notablement faibli ; les douleurs sont devenues subintrantes, une petite toux sèche se manifeste le soir en même temps qu'une sensation de fièvre et des sueurs nocturnes.

Il n'y a jamais eu d'hémoptysie ; mais le malade a beaucoup maigri et ses forces ont diminué, si bien que deux mois avant son entrée il a dû quitter le travail.

A son arrivée, nous trouvons, au niveau du flanc droit, une tuméfaction intra-abdominale douloureuse : la région du flanc est légèrement bombée en dehors. A la palpation, on rencontre une énorme tumeur allant de la fosse iliaque jusque sous les fausses côtes, où elle semble se perdre. Cette masse est régulière, lisse ; ses contours sont arrondis et bien nets.

Par le palper bimanuel on la limite facilement ; elle est ferme, rénitente, et présente une fluctuation profonde peu marquée. A la percussion, au niveau du flanc elle est mate, ce n'est qu'en s'approchant vers la ligne médiane qu'on trouve la partie interne sonore et par conséquent recouverte par l'intestin. Toute cette zone de matité se continue en haut avec celle du foie. Lorsqu'on cherche à provoquer le ballottement rénal, on obtient une sensation de mobilité plutôt que de ballottement.

L'examen des divers appareils permet de constater les symptômes suivants : L'appareil génito-urinaire paraît indemne ; les testicules, les épидидymes, la prostate et les vésicules séminales ne présentent pas la moindre lésion appréciable. Les mictions ne sont ni fréquentes ni douloureuses. Les uretères n'ont aucune augmentation de volume ou de sensibilité. L'urine est absolument claire et limpide, elle n'a jamais contenu trace de sang.

L'analyse, pratiquée par M. Jardin, pharmacien du service, démontre qu'elle est normale et qu'elle contient 18 grammes d'urée par litre ; ce chiffre cadre bien avec l'aspect général du

malade et son alimentation relativement abondante. L'examen bactériologique, pratiqué par M. Jacquet, donne des résultats absolument négatifs. En somme, l'ensemble de l'appareil ne présente aucune lésion appréciable. Il en est de même du tube digestif et de l'appareil circulatoire.

Il n'y a du côté du poumon qu'au sommet droit un peu de respiration soufflante. Dans tout le reste du poumon jusqu'à la base, la respiration est normale ; d'ailleurs, aucune hémoptysie et aucun crachat caractéristique.

Pendant tout son séjour dans le service, le malade n'a présenté que les incidents suivants : mauvais sommeil, douleurs progressivement croissantes du côté malade ; léger œdème des cuisses ; température oscillant entre 37°5 et 38°5, amaigrissement progressif.

Dans ces conditions, M. Tuffier, d'accord avec M. Millard, porta le diagnostic de pyélo-néphrite tuberculeuse du rein droit, avec oblitération probable de l'uretère. Il pratiqua une ponction de la tumeur avec une seringue de Pravaz, et il recueillit du pus dont l'examen bactériologique, pratiqué par M. Jacquet, démontra la nature tuberculeuse. M. Tuffier compléta ce diagnostic en affirmant l'intégrité du rein gauche ; il se basa pour cela sur l'apparence normale de l'urine et la dose physiologique de son contenu en urée et en sels.

Les accidents progressivement croissants conduisirent M. Tuffier à proposer une néphrotomie, que l'on ferait suivre rapidement d'une néphrectomie secondaire précoce, si le diagnostic sur l'état des deux reins était exact. Le malade passa au pavillon Dolbeau le 23 septembre, et M. Tuffier pratiqua l'opération le 27.

Incision lombaire suivant l'angle de la douzième côte et de la masse sacro-lombaire, et allant de la onzième côte à la crête iliaque.

Les divers plans incisés, on trouva le rein facilement recon-

naissable, un peu décoloré, nettement fluctuant. Après l'avoir mis à nu et avoir bien garni les lèvres de la plaie, pour ne pas les inoculer, incision au bistouri, et il en sort 2 litres d'un pus crémeux et filant.

On amène les bords de l'incision rénale à la peau, au moyen de deux pinces à érignes, on les y suture avec quatre fils de soie, prenant le parenchyme et la capsule. L'exploration de la cavité au moyen de l'index introduit dans la plaie, et d'une main placée sur l'abdomen pour amener les divers points de la tumeur en contact avec l'index, ne révèle ni anfractuosités, ni épaississement. Toutes les manœuvres instrumentales pour amener à déceler la présence et le siège de l'uretère restent vaines : la poche semble close de toutes parts, ses parois sont très épaisses, infiltrées de granulations grisâtres. Tamponnement à la gaze iodoformée et au coton sublimé.

Dès le lendemain, la température tombe à 37°, les douleurs ont disparu. Les jours suivants, l'état général s'améliore ; l'appétit revient, mais la suppuration persiste abondante ; la poche revient peu sur elle-même.

Dans ce cas de suppuration prolongée et de nature tuberculeuse, la néphrectomie secondaire précoce paraît indiquée, car le rein du côté opposé est sain, ainsi qu'en témoigne la quantité d'urine, qui a toujours été normale et n'a jamais renfermé ni pus, ni sang.

Du côté de la plaie lombaire, la suppuration est compliquée, au bout de trois jours, de l'issue d'une quantité notable d'urine révélée par l'odeur caractéristique et l'examen chimique. Par le palper abdominal, on trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus, tumeur nettement formée par le rein hypertrophié.

En présence de ces accidents, on pratique la néphrectomie secondaire précoce le 10 novembre.

Incision lombaire, parallèle à l'incision de la néphrectomie,

mais en avant d'elle; dissection des différents plans jusqu'à la capsule du rein; dissection et extirpation du trajet fistuleux. La capsule du rein se laisse facilement décoller dans toute son étendue.

Bien que la tumeur soit très volumineuse, on manœuvre facilement à travers l'incision, et, toute la surface de cette volumineuse tumeur libérée, on n'est plus arrêté que par le pédicule du rein; on le prend entre les doigts et on place au dessous une pince languette courbe; on sectionne le pédicule au-dessus, et on extirpe le rein qui, vide de pus, pèse 580 grammes. Lavage de la loge au sublimé, drainage avec la gaze iodoformée; suture de toute la plaie.

Le lendemain, la température tombe à 37°; la pince est enlevée le soir. Quelques vomissements entravent l'alimentation. Des pansements sont faits tous les deux jours, et on remplace la gaze iodoformée par un drain. La température reste à 37°, les urines, qui d'abord avaient diminué et étaient tombées à 500 et 700 grammes le lendemain et le surlendemain, remontent, le quatrième jour, à 1,100 grammes. La poche revient sur elle-même; l'état général s'améliore jusqu'au 25 novembre, époque à laquelle il ne reste plus qu'un trajet fistuleux.

Mais le tube digestif ne supporte plus la suralimentation; l'appétit est moins bon; le malade dort plus difficilement, bien que rien dans son état n'explique cette aggravation, qu'il attribue à son séjour à l'hôpital.

Le malade sort le 3 décembre, présentant encore une fistule, mais de peu d'importance, et ayant un état général peu satisfaisant, qui fait croire à l'évolution possible d'une tuberculose en un autre point, sans que rien vienne le démontrer.

A la coupe du rein enlevé, on trouve à peine, au lieu de la cavité qui contenait 2 litres de pus, une anfractuosité du volume d'une petite mandarine. Tout le reste de la tumeur est

formé par une substance rougeâtre, parsemée de petits points jaunes tuberculeux.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1^{er} avril 1893.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1^{er} avril 1893.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARDENHEUER. — Mitteilungen am dem Kölner Bürgerhospital, 1890.

CONNEL WIPPLE. — Lancet, 17 mai 1890.

CZERNY. — Beitrage zur klin. Chirurgie, 1890, p. 321.

ELDER. — Lancet, 7 octobre 1892.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale. Passim.

GUYON. — Affections chirurgicales des reins. — Annales des maladies des organes génito-urinaires.

ISRAEL. — Über Nieren tuberculose. — Deutsch. med. Woch, 1890, n° 31. — Über die Beziehungen der Syphilis zur Nieren chirurgie.

LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins. Paris, 1889.

LAWSON-TAIT. — Birm. med. Rev., septembre 1885.

MADELUNG. — Langenbech's Arch., 1890, p. 251, t. LXI.

NEWMANN. — Surgical diseases of the kidney. Lond., 1888.

OLLIER. — Deuxième Congrès français de chirurgie. Paris, 1887, et Semaine médicale.

OTIS. — Bost. med. and Surg. journal, octobre 1887.

RIS FR. — Zur Nierenchirurgie. Beitz zur klin. Chir., 1890.

THORNTON. — Lancet, 1^{er} avril 1882. — Med. chir. Trans., LXXII, p. 289. — Med. Times and Gaz.

TUCHMANN. — Wien med. Woch., 1874, n° 20.

TUFFIER. — Archives générales de médecine, mai et juin 1892.

VERNEUIL. — Revue de chirurgie, 1886, p. 122.

VIGNERON. — Thèse de Paris, 1892.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
